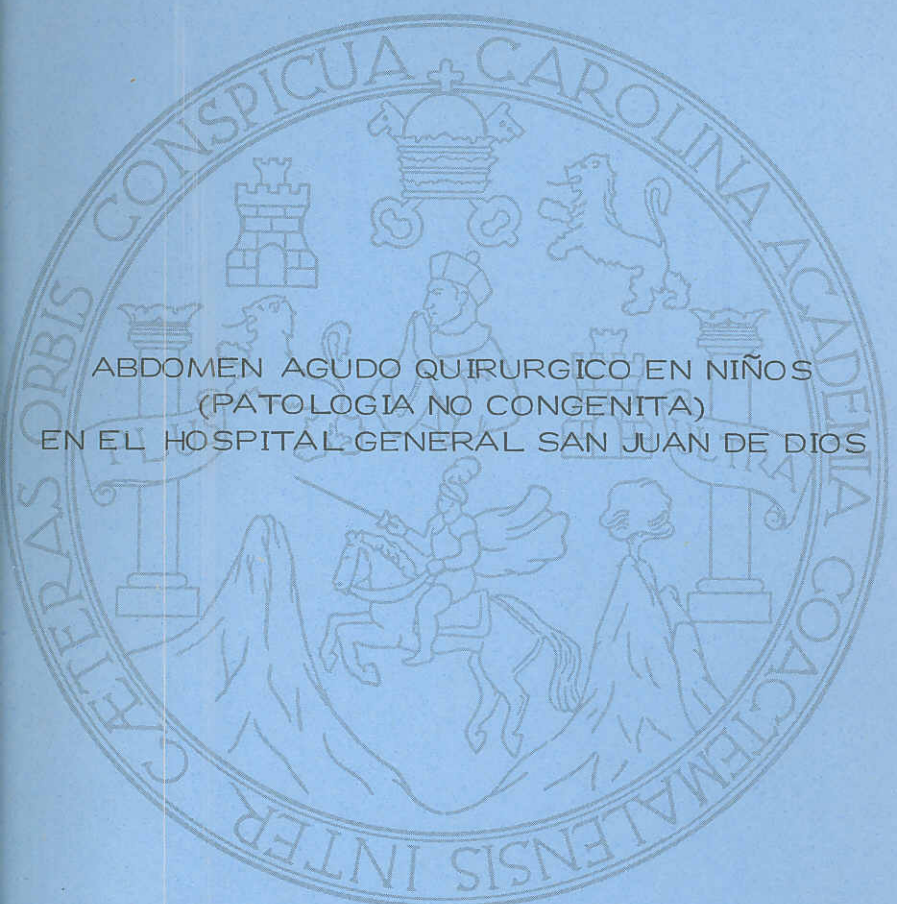


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a man in a crown and robes, possibly a saint or scholar, holding a book. Surrounding him are various symbols: a castle, a lion, a cross, and other heraldic elements. The Latin text "UNIVERSITAS CAROLINA ACCADEMIA COACATEMALENSIS INTER CÆTERAS ORBIS CONSPICUA" is inscribed around the perimeter of the seal.

ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN NIÑOS  
(PATOLOGIA NO CONGENITA)  
EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

JOSE ANTONIO CORRALES MORALES

## INDICE

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- ANTECEDENTES
- 3.- JUSTIFICACION
- 4.- OBJETIVOS
- 5.- HIPOTESIS
- 6.- MATERIAL Y METODO
- 7.- DEFINICIONES
- 8.- ASPECTO TEORICO Y PRACTICO
- 9.- PRESENTACION DE RESULTADOS
- 10.- CONCLUSIONES
- 11.- RECOMENDACIONES
- 12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

## INTRODUCCION

El presente trabajo se propone el estudio de una revisión de 232 casos de Abdomen Agudo Quirúrgico en Niños, Patología no Congénita. Durante los últimos cinco años en el Hospital General San Juan de Dios de Guatemala. Del 1o. de Enero de 1974 al 31 de Diciembre de 1978.

Llamaremos Abdomen Agudo: A cualquier estado morbozo agudo del vientre, que requiere la intervención inmediata. No es el Abdomen Agudo un diagnóstico, por lo que se tiene que hacer por medio de la Historia, examen físico y exámenes complementarios.

Siempre plantea la posibilidad de una terapia quirúrgica que no admite dilataciones. Obedece sin embargo a causas variadas, algunas transitorias mientras otras son capaces de poner en peligro la vida del niño en el curso de horas o días.

El cuadro de Abdomen Agudo en la mayoría de casos se decide con una Laparotomía Exploradora, aún cuando su sintomatología sea difusa, es por eso que el cirujano tiene que dominar muy bien la Clínica, para evitar errores diagnósticos que es la causa de muchas intervenciones fallidas que ponen en peligro la vida de los pacientes. Pero hay que tener en cuenta el factor decisivo, pues en una emergencia que llevando a cabo el acto quirúrgico sería en beneficio del paciente.

Como el Abdomen Agudo Quirúrgico puede ser Congénito o Adquirido, me limitaré a estudiar el

gía Congénita. Además enfocaré las enfermedades en contradas en el Hospital Estudio.

Esta Patología por así decirlo, en conjunto es una enfermedad que no se puede prevenir, ni mucho menos determinar un pronóstico o complicaciones que puedan conllevar. Pero la condición nutricional es básica para el pronóstico evolutivo post-operatorio; teniendo en cuenta como en el caso de nuestra población la cual posee un alto porcentaje de desnutrición, las complicaciones son por lo tanto inevitables. En otros hospitales principalmente en los departamentos del interior del país, donde se carece de algunos recursos - básicos tanto de equipo como de un local adecuado, provocando con ello un pronóstico que es reservado para el paciente. La mayoría de pacientes con Abdomen Agudo recurren a las Emergencias hospitalarias con muchas horas de evolución de la enfermedad y además han sido tratados con remedios caseros que no hacen más que agravar el cuadro.

Es por eso que debemos invitar a la población a visitar los centros hospitalarios, cuando se presente alguna sintomatología o noten alguna anomalía en la salud del individuo, y no realizar automedicaciones nocivas para el paciente.

## ANTECEDENTES

La tesis de la que hago exposición fue formulada por el Dr. Carlos Castillo M., Jefe del Servicio de Cirugía de niños del Hospital General San Juan de Dios; debido a que son pocos los estudios llevados a cabo en donde se enfoca esta Patología como un conjunto.

En 1953 se efectuó un estudio sobre Abdomen Agudo que incluyó todas las edades en casos que se presentaron en Emergencia del Hospital General encontrando la causa de mayor frecuencia: La Apendicitis Aguda, Perforación de vísceras huecas y otras causas.

En 1964 se efectuó otro estudio más específico en niños sobre Abdomen Agudo Quirúrgico (no congénito), Durante cinco años en el Hospital Roosevelt, encontrándose como causa de mayor frecuencia: Apendicitis Aguda; luego en orden descendente; Invaginación Intestinal, Perforación Tífica, Abdomen Agudo Hemorrágico y Perforativo, Vólvulos y obstrucción intestinal por áscaris.

En 1978 se llevó a cabo una revisión de 507 casos de Abdomen Agudo en general, en el Hospital General San Juan de Dios.

En nuestros hospitales nacionales, así como hospitales extranjeros se encuentran estudios diversos que enfocan causas específicas de Abdomen Agudo, limitándose a determinado órgano o región del Abdomen.

Por lo tanto nos encontramos con escasos estudios que sobre Abdomen Agudo Quirúrgico, Patología no Congénita en Niños, que se han efectuado en nuestro medio; esperando con ello ampliar el conocimiento sobre las características de la Patología de dicho estudio en nuestro país y las conductas que determinen su tratamiento.

## JUSTIFICACION

El presente trabajo que trata sobre Abdomen Agudo Quirúrgico en Niños, Patología no Congénita, es un tema importante tanto para el médico general, como para el cirujano porque es un cuadro que se presenta con frecuencia en la emergencia de los hospitales. Justifico por lo tanto:

1. La falta de estudios en nuestro medio y la carencia de recursos bibliográficos.
2. Determinar las causas de mayor frecuencia de Abdomen Agudo Quirúrgico en Niños, Patología no Congénita.
3. Su estudio nos permitirá familiarizarnos con signos y síntomas más frecuentes en esta patología, para enfocar mejor su diagnóstico diferencial.
4. El papel que desempeña el médico en su tratamiento para tomar las medidas necesarias desde el punto de vista quirúrgico.
5. Que este estudio sirva como medio de referencia para futuros estudios tanto Nacionales como Extranjeros.
6. Con este estudio espero contribuir en el Campo de la Investigación y estimular al lector para que continúe con ese espíritu científico, aportando nuevos avances en el campo de la Medicina.

## OBJETIVOS

- 1.- Impulsar los estudios de investigación llevados a cabo en los hospitales del país.
- 2.- Actualizar los conocimientos e investigaciones y ponerlos al alcance de todos.
- 3.- Aplicar el Método Científico en el Campo de la Investigación.
- 4.- Presentar un trabajo efectuado en un hospital de la Ciudad de Guatemala.
- 5.- Conocer las distintas causas de Abdomen Agudo Quirúrgico en Niños, Patología no Congénita, que con más frecuencia se presentan en el Hospital General San Juan de Dios.
- 6.- Lograr con este estudio, ampliar los conocimientos y aportarlos para investigaciones posteriores.
- 7.- Estimular al cirujano, para que haga uso de la semiología Clínica.
- 8.- Determinar conductas precisas y específicas para realizar el acto quirúrgico.
- 9.- Presentar este estudio de Tesis de Graduación para obtener el Título de Médico y Cirujano.

## HIPOTESIS

- 1.- El Abdomen Agudo Quirúrgico en Niños, Patología no Congénita, se presenta en igual número de casos tanto en el sexo masculino como en el femenino.
- 2.- El dolor abdominal es el síntoma más común en nuestra población.
- 3.- La causa más frecuente es la Apendicitis Aguda.
- 4.- La Laparotomía Exploradora debe efectuarse en la mayoría de los casos.
- 5.- El diagnóstico pre-operatorio tiene bajo porcentaje de errores de acuerdo al diagnóstico post-operatorio.

## MATERIAL Y METODO

Para efectuar este estudio he consultado las instituciones siguientes:

- 1.- Biblioteca del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.
- 2.- Biblioteca del Hospital Roosevelt de Guatemala.
- 3.- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 4.- Biblioteca del Colegio de Médicos de Guatemala.
- 5.- Biblioteca del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- 6.- Biblioteca Privada del Dr. Carlos Castillo M.
- 7.- Archivos del Hospital General San Juan de Dios.
- 8.- Técnicas Estadísticas.
- 9.- Historias Clínicas de pacientes del Hospital General San Juan de Dios, de Abdomen Agudo Quirúrgico, Patología no Congénita en niños de 0 a 12 años, en los últimos cinco años, que comprende del 1o. de Enero de 1974 al 31 de diciembre de 1978, para determinar la frecuencia en sexo, edad, causas, signos y síntomas, diagnóstico pre

y post-operatorio exámenes de laboratorio y complicaciones.

- 10.- Gráficas estadísticas.

## DEFINICIONES

ABDOMEN: Parte del cuerpo comprendida entre el tórax y la pelvis. Consiste en una cavidad (cavidad abdominal), separada de la cavidad torácica por el diafragma y tapizada por una membrana serosa; el Peritoneo. En ella están comprendidas la mayor parte de las vísceras de los aparatos: Digestivo y Genitourinario. Está limitada por una pared (pared abdominal), formada por los músculos abdominales, columna vertebral y huesos ilíacos. Se divide imaginariamente, por dos líneas longitudinales y dos transversales, en nueve regiones: Tres superiores y se dividen en: Hipocondrio izquierdo, Epigastrio e Hipocondrio Derecho. - Tres Medias que se dividen en: Lumbar izquierdo (Flanco Izquierdo), umbilical o mesogastrio y Lumbar Derecho (Flanco Derecho). Tres inferiores que son: Inguinal o Ilíaco Izquierdo, hipogastrio e inguinal o ilíaco derecho, sinónimos: Barriga, panza, tripa y vientre.

ABDOMEN AGUDO: Cualquier estado morbozo agudo del vientre que requiere la intervención inmediata.

ADENITIS MESENTERICA: Inflamación de los ganglios mesentéricos de la región ileocecal.

COLECISTITIS: Inflamación de la vesícula Biliar.

INVAGINACION: Penetración de una porción de

intestino en otra adyacente, generalmente inferior, de termina síntomas de oclusión intestinal. Intususcepción, indigitación.

SALPINGITIS: Inflamación de una trompa, especialmente de las de falopio.

APENDICITIS: Inflamación aguda o crónica del apéndice Cecal, con reacción peritoneal más o menos intensa.

PELVIPERITONITIS: Inflamación del peritoneo que tapiza la cavidad y órganos que contiene la excavación de la pelvis.

PENETRANTE: Que se introduce profundamente. Dícese de las heridas estrechas que interesan órganos viscerales.

PERFORACION: Abertura u orificio accidental en un órgano o parte, producida por una violencia externa o una lesión interna.

OBSTRUCCION INTESTINAL AGUDA: Como una falta de progresión del contenido intestinal, debido a causas mecánicas o actividad muscular insuficiente del intestino.

COLEDOCO: Conducto biliar común, formado por la unión de dos conductos hepáticos y cístico que vierte la bilis en el duodeno.

HEMATOMA: Tumor por acumulación de sangre.



QUISTE: Tumor formado por un saco cerrado; normal o accidental, especialmente el que contiene líquido o una sustancia semisólida.

TROMBOSIS: Proceso de formación o desarrollo de un trompo (coágulo sanguíneo en el interior de un vaso que permanece en el punto de su formación).

DIVERTICULO DE MECKEL: Apéndice sacular accidental de la porción inferior del íleon, de 5 a 6 cm de longitud, de estructura semejante a la del intestino delgado, derivado de la falta de obliteración del conducto vitelino.

## ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN NIÑOS, PATOLOGIA NO CONGENITA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

### I OBSTRUCCION INTESTINAL MECANICOS:

1. Invaginación.
2. Bridas.
3. Ascaris.
4. Vólvulo.

### II APENDICITIS AGUDA.

### III PERFORACION INTESTINAL POR INFECCION TIFICA.

### IV VASCULAR: TROMBOSIS MESENERICA.

### V GINECOLOGICAS: TORCION DE QUISTE OVARICO

### VI TRAUMATISMO CONTUSO Y PENETRANTE:

1. Intestino
2. Bazo
3. Hígado

## ASPECTO TEORICO Y PRACTICO

El cuadro clínico generalmente denominado Abdomen Agudo, plantea muchos probl<sup>e</sup>mas. El dolor abdominal agudo requiere rápida investigación y muchas veces crea dificultades diagn<sup>o</sup>stica al médico. En la mayor parte de los pacientes puede lograrse un buen diagnóstico mediante la historia clínica y el examen físico completado con unas pocas pruebas de laboratorio.

La inflamación difusa del peritoneo causada por contaminación bacteriana o por irritación química sanguínea o biliar, origina un cuadro médico de urgencia que los médicos y los profanos llaman Abdomen Agudo. Esta inflamación peritoneal es causada casi invariablemente por alguna enfermedad primaria de las vísceras de la cavidad abdominal; en casos muy poco frecuentes depende de siembra bacteriana.

La causa principal de peritonitis aguda es la siembra de bacterias por apendicitis aguda; cabe que ocupe el segundo lugar en frecuencia la colecistitis Aguda. En ambos trastornos, las bacterias pueden atravesar la pared intacta de la víscera, o llegan a la cavidad peritoneal, en el caso de infecciones gangrenosas más agudas, por roturas de vesícula biliar o apéndice. Sea cual sea el mecanismo de llegada, las bacterias producen inflamación supurada a menudo con formación abundante de líquido purulento, en el cual se obtienen por cultivos, el agente o los agentes etiológicos. Los microorganismos más frecuentes son: anaerobios colibacilos, enterococos y estafilococos.

En la peritonitis primaria los gérmenes más frecuentes encontrados en pacientes son neumococos y estreptococos hemolíticos.

La oclusión, perforación y sangrado son las principales urgencias quirúrgicas abdominales en pediatría; de estas, en el período neonatal, la oclusión es el que con mayor frecuencia requiere tratamiento quirurgico.

### I- OBSTRUCCION INTESTINAL MECANICA

#### 1.- Invaginación Intestinal.

La invaginación constituye una causa frecuente de obstrucción intestinal en el período neonatal y la 1<sup>a</sup>. infancia; incidiendo más en el sexo masculino.

Respecto a su etiología, no está definida y solamente en un 5% de los casos, se encuentra una causa orgánica como responsable del cuadro.

La invaginación intestinal puede ocurrir en todo el tracto gastrointestinal, desde el estómago hasta el ano.

La variedad más frecuente es la ileocólica, luego la ileoilial y la colocolica, en esta última se han encontrado pólipos juveniles como factor etiológico.

Manifestación Clínica: Generalmente se trata de un lactante sano, bien nutrido, aunque en nuestro medio - la desnutrición no la descarta. En las causas típicas

existe un comienzo brusco de dolor paroxístico; el dolor abdominal es intermitente en calambres, acompañando de elevación de las rodillas y a veces de vómitos, - constituyen los síntomas principales. La temperatura se puede elevar a 39°C, el pulso débil y filiforme, la respiración superficial quejumbrosa y el dolor puede manifestarse solo por la producción de quejido.

Evacuaciones pequeñas, en las primeras 12 horas o uno a dos días sangre y moco //heces en jalea de grosella. Pero no es raro que no aparezca.

La distensión abdominal y la hipersensibilidad se hace prominente cuando la obstrucción se agudiza. La palpación de una masa en forma de salchicha a la palpación bimanual, es más frecuente en el cuadrante superior derecho.

Diagnóstico: Historia, examen físico, laboratorio y rayos X, con Enema de Bario.

Diagnóstico Diferencial: Enterocolitis, divertículo de Meckel, púrpura anafilactoide y obstrucciones intestinales de diferente patología.

Tratamiento Médico: Usando Enema de Bario, pero se contraindica: cuando los síntomas son más de 24 horas de duración, cuando el niño se encuentra tan enfermo para que requiera de fluidos endovenoso o reanimación y obstrucción intestinal avanzada.

Tratamiento Quirúrgico: Es el más frecuente, desinvaginación por expresión simple o resección intestinal cuando hay compromiso vascular.

## 2.- Obstrucción Intestinal por Bridas.

Las adherencias son fijaciones anormales entre las superficies del peritoneo, pueden ser fibrosas o fibrinosas.

Una brida es una adherencia fibrosa, larga y estrecha.

Etiología: La mayor parte de adherencias son de origen inflamatorio y se producen después de peritonitis o de una intervención quirúrgica, algunas son congénitas.

Anatomía Patológica: La principal complicación de las adherencias y bridas es la obstrucción intestinal. Pueden afectar el intestino, mesenterio, paredes, epiplón o cualquier otra estructura abdominal. Generalmente ya son fibrosis cuando originan obstrucción. El intestino delgado es el más frecuentemente obstruido en el 95% y de ellos el 75% se encuentra a nivel del íleon distal.

Las adherencias y bridas obstruyen el intestino por varios mecanismos por retracción del tejido fibroso, pueden causar angulación, comprimir o modificar en otra forma la dirección del intestino, causando obstrucción no estrangulante. Puede formarse una bolsa dentro de la cual se prolapse el intestino, o una abertura estrecha a través de la cual sufra hernia un asa intestinal. Una brida también puede servir de centro de rotación para crear vólvulus.

Los Síntomas y signos: Corresponden a dolor de tipo cólico y aparecen alrededor del ombligo, los vómitos

son de repetición y gradualmente toman un aspecto marrón y fecaloide, la distensión abdominal es variable y la auscultación del abdomen demostrará un aumento de los ruidos intestinales.

Diagnóstico: Historia, examen físico, laboratorio y rayos X.

Tratamiento: Quirúrgico, sección de la Brida y liberar las asas obstruidas.

### 3.- Obstrucción Intestinal por Ascaris

Infestación por gusanos redondos; es un parásito de zonas templadas y tropicales, pero abunda más en países cálidos frecuentemente en niños de cinco a nueve años de edad.

Al ser digeridos los huevos infectados por el hombre, se fijan al intestino delgado, próxima donde inicia su ciclo vital, emigran a diferentes órganos hasta evolucionar a adultos que normalmente viven en la luz del intestino delgado.

Clínica: Dolor abdominal tipo cólico, náuseas, vómitos, pérdida de apetito y peso, ligero ascenso térmico, eosinofilia.

Invaden en muchos casos a vías biliares, vesícula, hígado y apéndice.

Una masa de vermes que se retuercen y se encuentran anudadas entre sí, producen con frecuencia -

una obstrucción intestinal aguda, la cual a veces ocasiona la perforación de la pared, una invaginación o un íleon paralítico.

Diagnóstico: Descubrimiento de huevos o el parásito, en heces. Rayos X, masa palpable.

Tratamiento: Se recomienda siempre hacer un tratamiento con piperazina antes de recurrir a procedimientos quirúrgicos, pues la acción relajadora de la musculatura de los parásitos producida por esta droga, permite muchas veces la solución del problema. En la obstrucción intestinal debido a un bolo de áscaris lumbricoides y en la obstrucción del colédoco, el tratamiento médico es generalmente insuficiente y la intervención quirúrgica se requiere frecuentemente.

4.- El vólvulus: Es una torcedura anormal de un segmento del intestino sobre sí mismo, en relación con su eje longitudinal. Se acompaña de alteraciones circulatorias con obstrucción parcial o completa de la luz intestinal en ambos extremos del segmento, produciéndose una oclusión con asa cerrada.

El vólvulus primario del colon, ocurre solamente en el colon sigmoideo y en el ciego por estar las otras partes bien fijadas a la pared abdominal posterior.

También puede producirse por el desarrollo anormal embriológico que conduce hacia los trastornos de la rotación del intestino.

Los pacientes que presentan vólvulus del intestino delgado, tienen un mesenterio excepcionalmente largo y una dieta vegetal con alto contenido de fibra.

Casi todos estos enfermos presentan largos antecedentes de alteraciones funcionales, con estreñimiento crónico y abusos de laxante.

**Factores:** Intervenciones previas sobre abdomen que produjeron adherencias, la pérdida de peso, los traumatismos sobre abdomen y las alteraciones de la alimentación.

**Clínica:** Náuseas, vómitos, dolor abdominal tipo cólico y suspensión de la producción de heces, rápidamente se instala distensión abdominal, generalmente asimétrica, deshidratación progresiva y fiebre. Hiper sensibilidad abdominal y demás signos de obstrucción intestinal.

Las radiografías simples del abdomen muestran asas del intestino grueso muy dilatadas, formando la imagen llamada Asa Omega, orientándose la convexidad del asa en sentido opuesto al foco de obstrucción, se observa un pico de ave que es un estrechamiento del colon lleno de aire. El enema de bario: Imagen en Espiral y una deformidad patognomónica en pico de ave o as de espadas.

**Diagnóstico:** Historia, examen físico, laboratorio y rayos X.

**Tratamiento:** Se puede intentar proctoscopia del vólvulus por bario. Pero en la mayoría de los casos el tratamiento es quirúrgico con resección intestinal y anastomosis término-terminal; pero hay que evitar resecar muchos centímetros de intestinos isquémicos usando Dextran 40 de bajo peso molecular y posterior

mente puede efectuarse una reexploración para determinar la viabilidad de dicho segmento afectado.

## II- APENDICITIS AGUDA

Es la causa más frecuente del Abdomen Agudo Quirúrgico en los niños, es rara en los lactantes, se va haciendo más común durante la infancia, presentándose solo el 2% antes de los dos años y alcanza su frecuencia máxima en los primeros años de la adolescencia.

Es una de las enfermedades más frecuentes en las emergencias quirúrgicas.

El apéndice es continuación del ciego y se origina en su punta inferior; es una estructura sin función aparente; sin embargo ha sido frecuentemente causa de muerte. La existencia de este órgano ha quedado confinada exclusivamente a los primates elevados y al hombre; su posición más frecuente es retrocecal, la apendicitis es resultado de una forma especial de obstrucción intestinal. Aproximadamente el 60% de los casos se relacionan con hiperplasia de los folículos linfoides submucoso, 35% con la existencia de fecalito, 4% con la existencia de otros cuerpos extraños y 1% con estrechez o tumores de la pared apendicular o del ciego.

El apéndice en su proceso infeccioso puede sufrir varias etapas; apendicitis focal aguda, apendicitis supurativa aguda, apendicitis gangrenosa, apendicitis perforada y la perforación, en seguida produce pe-

ritonitis generalizada o localizada pero en esta última puede formarse un absceso apendicular si no se aplica tratamiento quirúrgico que depende de los mecanismos del paciente, careciendo de estos factores, la mayoría de recién nacidos e infantes debido a que tienen un epiploon pequeño, apéndice grande y escasa inmovilidad y además habilidad reducida para localizar un proceso inflamatorio.

Diagnóstico Clínico: La sucesión de síntomas suele iniciarse con dolor abdominal difuso, que se percibe más a menudo en epigastrio o alrededor del ombligo, que más tarde se localiza en el cuadrante inferior derecho; aunque algunos autores indican que los síntomas empiezan con anorexia y vómitos. Con la anorexia un niño mayor puede quejarse de dolor de Abdomen; Los niños más pequeños muchas veces quedan quietos y acostados. Los lactantes tienden a ponerse irritables, pero los síntomas son muy variados y confusos, dificultándose el diagnóstico en esta edad.

El dolor abdominal existe en todos los pacientes con apendicitis, salvo en los que sufren mielitistransversa o trastornos semejantes.

Los signos físicos tradicionales son: sensibilidad local, sensibilidad de rebote, defensa muscular, hiperestesia cutánea, sensibilidad pélvica sobre el lado derecho durante la exploración rectal y existencia de signos de Psoas, del obturador, Rovsing y otros. Esta sintomatología varía en regiones opuestas en los casos de situs inversos completo.

Puede producir aumento de la temperatura más de 38°C.

La distensión abdominal, el hipoperistaltismo y la hipersensibilidad abdominal generalizada, casi siempre con rigidez, caracterizan el apéndice perforado con peritonitis generalizada, este cuadro es debido al retraso en la institución del tratamiento quirúrgico y a veces por el uso de purgantes o enemas.

Laboratorios: El recuento leucocitario diferencial y el recuento total es anormal, leucocitosis moderada con desviación hacia la izquierda; con predominio de Neutrófilo, aunque puede no haber una minoría de casos.

Signos radiológicos: Distensión de asas intestinales, borramiento de psoas; edema de asas intestinales (de pared), puede encontrarse fecalito apendicular y la presencia de gas libre en caso de perforación a la imagen de vidrio despulido por una peritonitis subsecuente.

Diagnóstico: Historia, examen físico y algunos laboratorios (hematología) y rayos X.

Diagnóstico Diferencial: Linfadenitis mesentérica, gastroenteritis aguda, pielitis, diverticulitis de Meckel, neumonía, peritonitis neumocócica, duplicación entérica, púrpura de Henoch-Shonlein, salpingitis aguda, torsión de quiste de ovario y otros.

Complicaciones de la Apendicitis: Peritonitis, abscesos periapendiculares localizados, pyleflebitis con trombosis del sistema portal, abscesos hepáticos y pélvicos, neumonía y septicemia.

Complicaciones Post-Operatorias: Absceso de pared, peritonitis adhesiva, fístula enterocutánea, enventración, granuloma por reacción al material de sutura, infección y deshicencia de herida y obstrucción intestinal por Bridas.

Tratamiento: Apendicectomía y uso de antibióticos cuando el caso lo amerita.

### III- PERFORACION POR FIEBRE TIFOIDEA

Las salmonelas Typhosa es la salmonelosis más grave. El período de incubación es de 1 a 2 semanas, en promedio, los microorganismos suelen circunscribirse a las placas de Peyer del íleon, donde originaron tumefacción de los folículos linfoides, la mucosa que cubre las masas linfoides muy hipertrofiadas experimenta esfacelo, posiblemente causa isquemia por compresión. De esta manera, se producen úlceras en intestino delgado y posiblemente en colon. Las úlceras suelen ser ovaladas con diámetro mayor orientado en el eje longitudinal del intestino. En un pequeño porcentaje de los casos, las úlceras se perforan y aparece peritonitis.

La enfermedad se anuncia por malestar, cefalea, fiebre y diarrea. Puede encontrarse exantema cutáneo hepato-esplenomegalia, bradicardia y leucopenia, cuando hay perforación intestinal se presentan los signos de Abdomen Agudo Quirúrgico con irritación peritoneal.

Diagnóstico: Aislar el agente salmonela Thyphosa.

La fiebre tifoidea sigue siendo un padecimiento que con más frecuencia presenta complicaciones serias como la perforación de víscera hueca que cursan con una mortalidad de 25% a 57%.

Tratamiento: Quirúrgico y antibióticos; desbridamiento del área perforada y cierre primario y el antibiótico de elección es el Cloranfenicol.

### IV- TROMBOSIS MESENTERICA

Lesión vascular que produce frecuentemente oclusión arterial de la mesentérica superior y en un bajo porcentaje se ocluye la vena, originando infarto del intestino delgado parcial o total en un plazo de 8 horas.

La mayor parte de los pacientes son adultos aunque puede presentarse en niños, algunos poseen lesiones cardíacas que originan trombos o émbolos.

Clínica: es la ausencia de la sintomatología abdominal lo que induce a confusiones y la situación es idéntica a lo que ocurre en el vólvulus del intestino delgado que no produce sintomatología durante algunas horas.

Se explica, porque la isquemia mesentérica afecta rápidamente a la mucosa, mientras que la muscular puede sobrevivir durante un tiempo considerable. Cuando aparecen signos de irritación peritoneal existen ya alteraciones irreversibles en el intestino.

La sintomatología puede iniciarse con dolor cen-

tro abdominal espectacular, brusco y constante que le hace sudar o incluso desmayarse y que poco tiempo después aparece diarrea muy líquida o sanguinolenta, vómitos incoercibles, puede presentar abombamiento hipogástrico y tumor irregular. No se observan ondas peristálticas, la auscultación puede revelar al inicio peristaltismo de lucha y posteriormente un silencio sepulcral. Generalmente los enfermos mueren por colapso progresivo o por septicemia peritoneal.

El infarto siempre es microscópicamente hemorrágico.

Tratamiento: Embolectomía es el de elección.

La resección masiva ha sido el único tratamiento activo, que posteriormente el paciente presenta fenómenos de mal nutrición y síndrome de intestino corto.

También se han efectuado intentos de mejorar la circulación del intestino afectado mediante la infusión de Dextrano 40 de bajo peso molecular (Rheomacrodex), el efecto consiste en impedir la agregación de hematies, lo que a su vez mantiene baja la viscosidad sanguínea y facilita el flujo a través de la circulación colateral.

## V- QUISTE DE OVARIO

Los quistes ováricos, tanto, más benignos que malignos puede presentar una serie de complicaciones que evolucionan a un Abdomen Agudo Quirúrgico en las

que podemos citar como: torción del pedículo, rotura y supuración del quiste y transformación maligna.

Es la torción del pedículo del quiste la complicación más frecuente de los quistes ováricos, presentándose más en los quistes pequeños o medianos que en los muy voluminosos. La Torción solo se produce cuando existe un pedículo largo y delgado.

Clínica: El inicio es muy agudo y el dolor intenso y a menudo de tipo cólico. La paciente puede experimentar frialdad y palidez y dar la impresión de estar en estado de Shock. Cuando el quiste se sienta en el lado derecho, puede simular un cuadro de apendicitis aguda tanto más cuando se presentan náuseas, vómitos, rigidez, pulso acelerado y temperatura elevada. El examen pelviano muchas veces permite establecer el diagnóstico.

El hemograma revela leucocitosis moderada.

Diagnóstico: Historia, examen físico, laboratorio y rayos X.

Diagnóstico Diferencial: embarazo, ascitis, peritonitis tuberculosa y patologías de Abdomen Agudo.

Tratamiento: Extirpar el quiste mediante transfixión y ligadura de dicho pedículo.



## VI- TRAUMATISMO DEL ABDOMEN

El Abdomen es la parte del cuerpo donde los traumatismos proporcionan una gravedad no comparable con la que los mismos podrían proporcionar en el resto de la economía. El traumatismo puede ser abierto o cerrado.

Casi siempre las lesiones son contusas y de origen accidental. Por traumatismo, por vehículo automotor o por una caída. Más frecuente en el sexo masculino y durante la infancia.

Los dos grandes síndromes a que la mayoría de traumatismos abandonados llevan fatalmente son: La hemorragia interna por la ruptura de vísceras macizas o vasos y la peritonitis por la ruptura de vísceras huecas.

### 1.- Traumatismo Intestinal.

Puede ser producido por traumatismo cerrado o abierto, lesionándose en un 10%. Tomando en cuenta que el intestino es depresible, se escapa en la mayoría de traumatismos. Romo, usualmente abarca una porción fija que son: Duodeno-Yeyuno, Colon derecho y la unión sigmoide-rectal, produciéndose perforación u obstrucción intestinal secundaria a Bidas por desgarreros a nivel intestinal.

Clínica: Presentan temperatura, pulso y respiración alterada, dolor abdominal difuso, vómitos, estreñimiento o diarrea e hipersensibilidad y rigidez muscular, la distensión abdominal es variable.

Diagnóstico: Historia, examen físico, laboratorio y rayos X.

Tratamiento: Laparotomía exploradora y tratar el caso de acuerdo a la lesión.

### 2.- Traumatismo Esplénico.

La causa más frecuente de hemorragia intraperitoneal en los niños es la ruptura de Bazo. Por trauma contuso en la mayoría de casos. Rara vez es la rotura de Bazo una emergencia quirúrgica apremiante que requiere operación inmediata. En la mayor parte de los casos sigue a la rotura esplénica hemorragia intrabdominal moderada que pronto cesa. Incluso en aquellos con desgarró grave del órgano, puede formarse un coágulo lo que actúa como tapón y cohibe la hemorragia.

En los niños normalmente el trauma no es tan severo como en los adultos y la hemorragia tiende a controlarse por sí misma, porque las pequeñas arterias esplénicas se sellan con facilidad.

Clínica: Se observa a menudo sensibilidad anormal en el cuadrante izquierdo, espasmo y defensa muscular, además hay disminución de los ruidos intestinales. La irritación del hemidiafragma izquierdo ocasiona dolor característico referido al hombro del mismo lado, signo de Kehr.

En ocasiones la percusión logra demostrar hemo-peritoneo y ruptura esplénica. El signo de Ballance -

(matidez fija en el flanco izquierdo y variable con los cambios de posición en el derecho).

La Leucocitosis es una de las primeras respuestas orgánicas ante la presencia de sangre en la cavidad peritoneal.

Examen radiológico: placa simple; estómago distendido y desplazado hacia abajo y a la derecha; distensión del intestino delgado, obliteración de las líneas de la grasa peritoneal y del Psoas y presencia de un pequeño derrame pleural izquierdo. El uso de angiografía celíaca selectiva es posible descubrir signos específicos de roturas esplénicas.

Diagnóstico: Historia, examen físico, laboratorio y rayos X.

Tratamiento: Medios no quirúrgicos cuando la hemorragia es mínima. Sin embargo es preferible efectuar una laparotomía exploradora con cirugía conservadora para heridas esplénicas, por el riesgo de Sepsis Post- Esplenectomía Secundaria a bacterias encapsuladas, como el Neumococo además hay disminución de niveles IgM, Oponinas y Gamma globulina leucocítica dando como resultado una alta mortalidad.

Por lo tanto hay que preservar parte o todo el Bazo utilizando procedimientos quirúrgicos diferentes: sutura Colchonero de la laceración y resecciones parciales del Bazo.

### 3.- Traumatismo Hepático:

Constituye siempre una urgencia quirúrgica inmediata; el lóbulo derecho es afectado con frecuencia, por su tamaño el hígado es la víscera que con más frecuencia se lesiona en las heridas perforantes del Abdomen y en un bajo porcentaje en los no penetrantes, pero en su mayoría implican una alta mortalidad por choque hipovolémico secundario a problemas hemorrágicos.

Las heridas del hígado varían según el tipo y la magnitud del traumatismo.

Diagnóstico Radiológico: Aumento de la opacificación y del espesor de las paredes del tórax y del abdomen debido a hematoma; en las fosas y senos pélvicos, pérdida de los contornos del psoas, hígado o ambos y distensión generalizada del intestino. Las técnicas angiográficas son signos específicos de roturas hepáticas.

Tratamiento: Quirúrgico, laparotomía exploradora y sutura de las laceraciones o extirpación del tejido hepático desvitalizado.

Heridas Penetrantes: En el Abdomen.

Pueden ser causadas por cualquier tipo de proyectil o por arma blanca. Se producen lesiones de vísceras sólidas y huecas, tanto en heridas penetrantes como no penetrantes, lesionándose con frecuencia Bazo, hígado e intestinos.

Todos los heridos de proyectil en el Abdomen ne

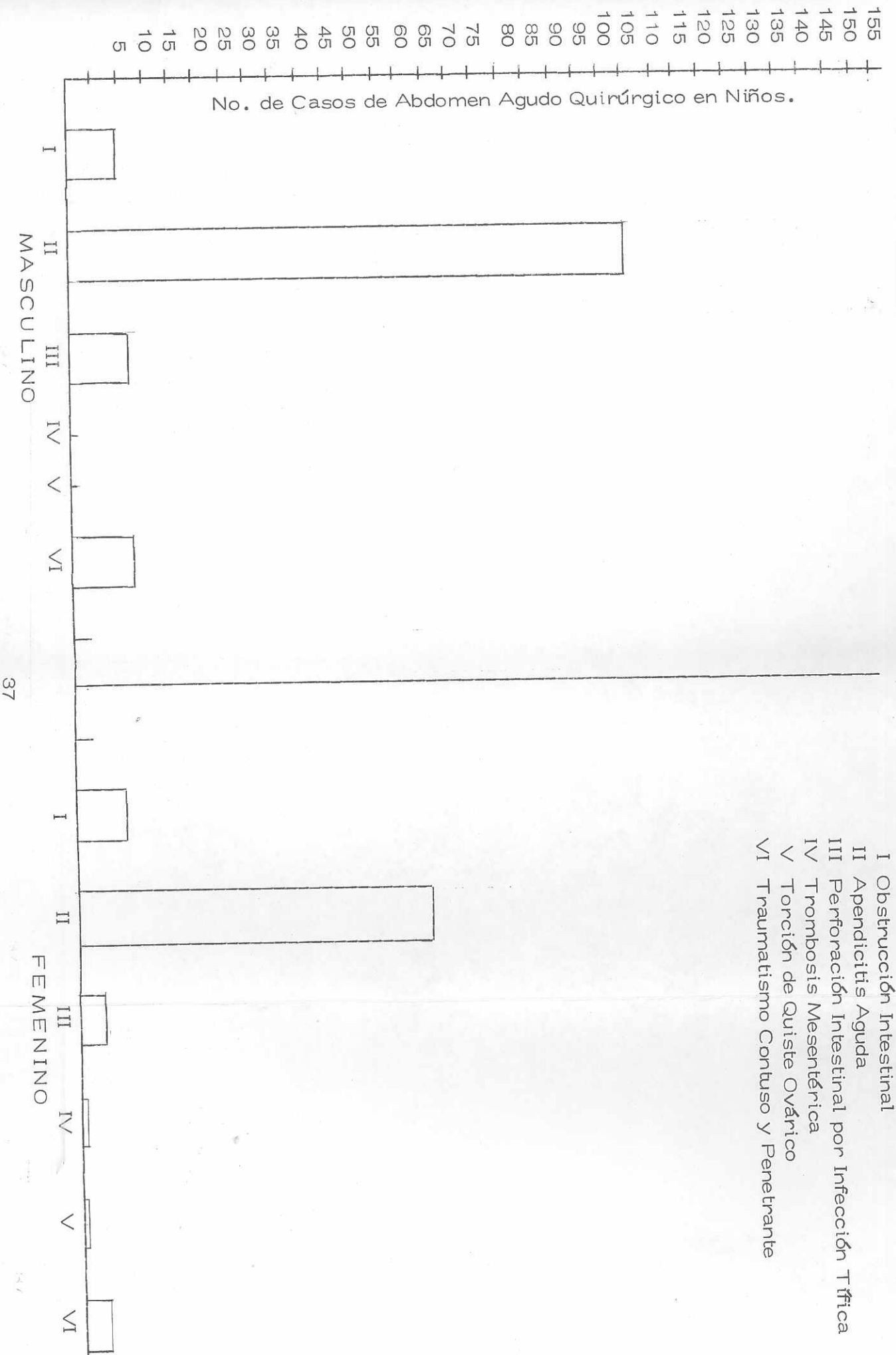
SEXO EN EL ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN NIÑOS (PATOLOGIA NO CONGENITA)

	MASCULINO		FEMENINO	
	No. de Casos	Porcentaje	No. de Casos	Porcentaje
Obstrucción Intestinal Mecánicas	10	6%	10	12%
Apendicitis Aguda	112	77%	67	78%
Perforación Intestinal por Infección Tífica	11	8%	5	6%
Vascular: Trombosis Mesentérica	0	0%	1	1%
Ginecologías: Torción de Quiste Ovárico	0	0%	1	1%
Traumatismo Contuso y Penetrantes	13	9%	2	2%
TOTAL	146	100%	86	100%

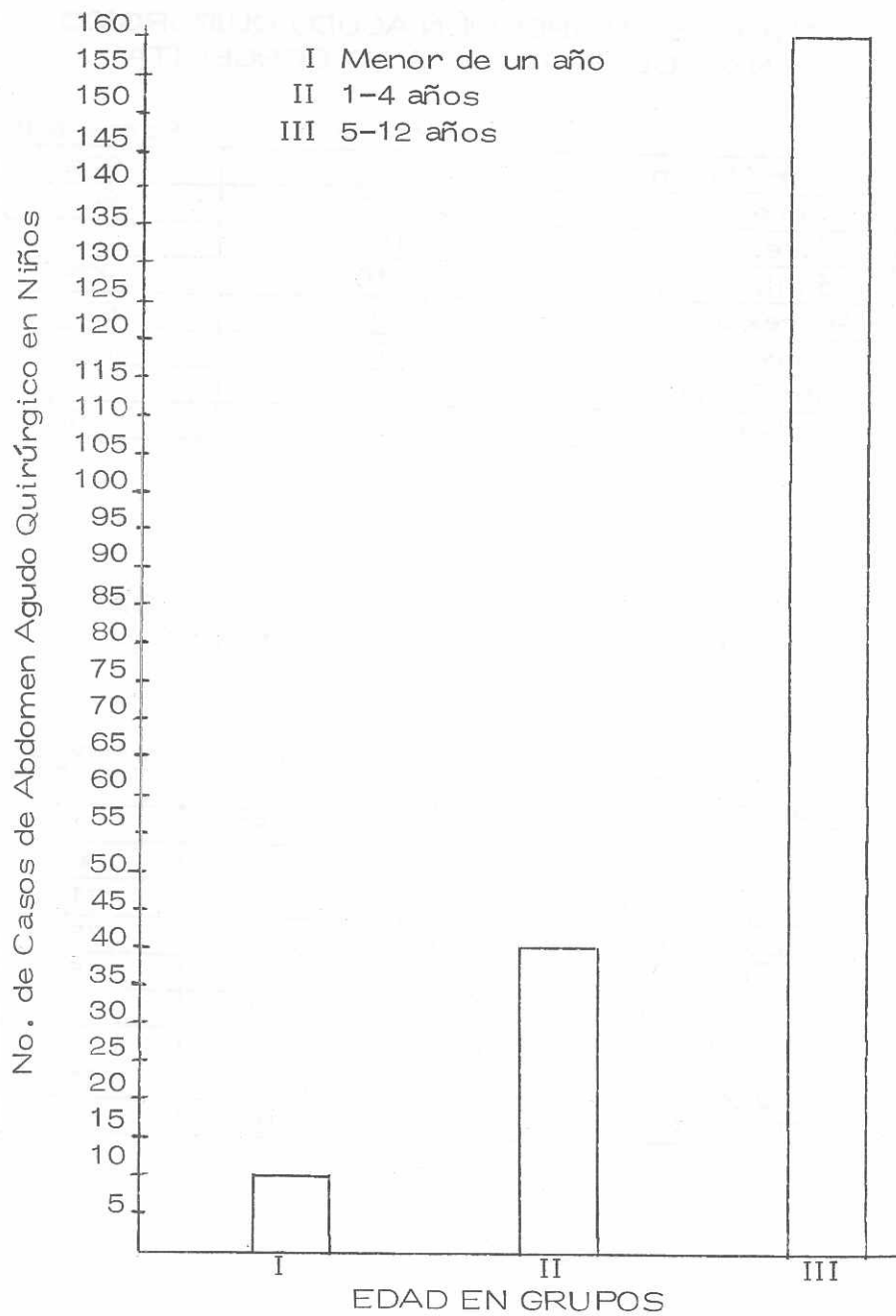
EDAD EN AÑOS DE ACUERDO A LOS CASOS

Abdomen Agudo Quirúrgico en Niños (Patología no Congenita)	-1	1-4	5-12	TOTAL	PORCENTAJE
Obstrucción Intestinal Mecánicas	5	7	8	20	8.6%
Apendicitis Aguda	0	20	159	179	77.2%
Perforación Intestinal por Infección Tífica	0	5	11	16	6.9%
Vascular: Trombosis Mesentérica	0	0	1	1	0.4%
Ginecologías: Torción de Quiste Ovárico	0	0	1	1	0.4%
Traumatismo Contuso y Penetrantes	1	1	13	15	6.5%
TOTAL	6	33	193	232	100 %

No. de Casos de Abdomen Agudo Quirúrgico en Niños.



- I Obstrucción Intestinal
- II Apendicitis Aguda
- III Perforación Intestinal por Infección Tifóica
- IV Trombosis Mesentérica
- V Torción de Quiste Ovárico
- VI Traumatismo Contuso y Penetrante



SINTOMAS EN ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO  
EN NIÑOS (PATOLOGIA NO CONGENITA)

	No. de Casos	Porcentaje
Dolor Abdominal	225	97%
Fiebre	200	86%
Náusea	160	68%
Vómitos	210	90%
Anorexia	190	81%
Diarrea	170	73%
Estreñimiento	100	43%
Cefalea	8	3%

SIGNOS EN ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO  
EN NIÑOS (PATOLOGIA NO CONGENITA)

	No. de Casos	Porcentaje
Taquicardia	40	17%
Fiebre	187	81%
Dolor Abdominal	232	100%
Defensa Muscular	167	71%
Ruidos Intestinales Disminuidos	175	75%
Masa Palpable	35	15%
Distensión Abdominal	45	19%
Signos (Psoas, Obturador, Rovsing y otros)	150	65%
Tacto Rectal Positivo	140	60%

OBSTRUCCION INTESTINAL: MECANICAS

	No. de Casos	Porcentaje
Por invaginación Intestinal	7	35%
Por Bridas	7	35%
Por Ascaris Lumbricoides	3	15%
Por vólvulus	3	15%
TOTAL	20	100%

SEXO EN OBSTRUCCION INTESTINAL MECANICAS

	MASCULINO		FEMENINO	
	No. de Casos	%	No. de Casos	%
Invaginación Intestinal	4	33%	3	38%
Bridas	5	42%	2	25%
Ascaris Lumbricoides	1	8%	2	25%
Vólvulus	2	17%	1	12%
TOTAL	12	100%	8	100%

EDAD EN OBSTRUCCION INTESTINAL MECANICA

	-1	1-4	5-12	TOTAL	%
Invaginación Intestinal	5	2	0	7	35%
Bridas	0	3	4	7	35%
Ascaris Lumbricoides	0	0	3	3	15%
Vólvulus	0	1	2	3	15%
TOTAL	5	6	0	20	100%

### SINTOMAS DE OBSTRUCCION INTESTINAL EN NIÑOS

	No. de Casos	Porcentaje
Dolor Abdominal	16	80%
Fiebre	16	80%
Náusea	4	20%
Vómitos	17	85%
Anorexia	13	65%
Diarrea	15	75%
Estreñimiento	13	65%
Cefalea	1	5%

### SIGNOS DE OBSTRUCCION INTESTINAL EN NIÑOS

	No. de Casos	Porcentaje
Fiebre	16	80%
Dolor Abdominal	20	100%
Defensa Muscular	13	65%
Ruidos Intestinales Disminuidos	15	75%
Masa Palpable	15	75%
Tacto Rectal Positivo	7	35%
Distensión Abdominal	13	65%

### APENDICITIS AGUDA

	No. de Casos	Porcentaje
Perforada	40	22%
No Perforada	139	78%
T O T A L	179	100%

### SEXO EN APENDICITIS AGUDA

	No. de Casos	Porcentaje
Masculino	112	63%
Femenino	67	37%
T O T A L	179	100%

### EDAD EN APENDICITIS AGUDA

	-1	1-4	5-12	TOTAL	PORCENTAJE
TOTAL	0	20	159	179	100%

### SINTOMAS

	No. de Casos	Porcentaje
Dolor Abdominal	178	99%
Fiebre	164	91%
Náusea	155	86%
Vómitos	167	93%
Anorexia	168	94%
Diarrea	133	74%
Estreñimiento	82	46%
Cefalea	6	3%

## SIGNOS

	No. de Casos	Porcentaje
Taquicardia	19	10%
Fiebre	147	82%
Dolor Abdominal	179	100%
Defensa Muscular	129	72%
Ruidos Intestinales Disminuidos	140	78%
Masa Palpable	20	11%
Distensión Abdominal	9	5%
Signos (psoas, Obturador, Rovsing)	149	83%
Tacto Rectal Positivo	132	74%

## PERFORACION INTESTINAL POR INFECCION TIFICA

## SEXO

	No. de Casos	Porcentaje
Masculino	11	69%
Femenino	5	31%
TOTAL	16	100%

## EDAD

	-1	1-4	5-12	Total	Porcentaje
TOTAL	0	5	11	16	100%

## SINTOMAS

	No. de Casos	Porcentaje
Dolor Abdominal	14	87%
Fiebre	14	87%
Vómitos	12	75%
Diarrea	13	81%
Estreñimiento	5	31%
Cefalea	2	12%

## SIGNOS

	No. de Casos	Porcentaje
Taquicardia	8	50%
Fiebre	14	87%
Dolor Abdominal	16	100%
Defensa Muscular	12	75%
Ruidos Intestinales Disminuidos	12	75%
Distensión Abdominal	13	81%



## TROMBOSIS MESENTERICA

SEXO: FEMENINO EDAD: 8 AÑOS

### SINTOMAS

	No. de Casos	Porcentaje
Dolor Abdominal	1	100%
Fiebre	1	100%
Náusea	1	100%
Vómitos	1	100%
Anorexia	1	100%
Diarrea	1	100%

### SIGNOS

	No. de Casos	Porcentaje
Dolor Abdominal	1	100%
Fiebre	1	100%
Ruidos Intestinales Aumentados	1	100%
Taquicardia	1	100%

LABORATORIO: Hematología: Normal

TRATAMIENTO: Resección Intestinal y Antibióticos.

PATOLOGIA: Intestino Delgado Infarto Hemorrágico.

COMPLICACION: Síndrome de Intestino Corto, Mala Absorción.

## QUISTE RETORCIDO DE OVARIO DERECHO

EDAD: 12 AÑOS SEXO: FEMENINO

### SINTOMAS

	No. de Casos	Porcentaje
Dolor Abdominal	1	100%
Fiebre	1	100%
Vómitos	1	100%

### SIGNOS

	No. de Casos	Porcentaje
Fiebre	1	100%
Dolor Abdominal	1	100%
Defensa Muscular	1	100%
Ruidos intestinales aumentados	1	100%
Masa no palpable	1	100%
Signos (Psoas, Obturador y Rovsing)	1	100%
Tacto rectal Positivo	1	100%

LABORATORIOS: Leucocitosis, Eritrosedimentación aumentada, Neutrófilos Normal.

TRATAMIENTO: Salpingooforectomía Derecho.

### TRAUMATISMOS CONTUSO Y PENETRANTE

	No. de Casos	Porcentaje
Intestinal	7	46%
Esplénico	4	27%
Hepático	4	27%
TOTAL	15	100%

### SEXO EN TRAUMATISMOS CONTUSO Y PENETRANTE

	MASCULINO		FEMENINO	
	No. de Casos	Porcentaje	No. de Casos	Porcentaje
Intestinal	5	46%	2	50%
Esplénico	3	27%	1	25%
Hepático	3	27%	1	25%
Total	11	100%	4	100%

### EDAD EN TRAUMATISMOS CONTUSO Y PENETRANTE

	-1	1-4	5-12	TOTAL	PORCENTAJE
Intestinal	1	1	5	7	46%
Esplénico	0	0	4	4	27%
Hepático	0	0	4	4	27%
Total	1	1	13	15	100%

### TRAUMATISMOS CONTUSO Y PENETRANTES

#### SINTOMAS

	No. de Casos	Porcentaje
Dolor Abdominal	15	100%
Fiebre	4	26%
Vómitos	12	80%
Anorexia	8	53%
Diarrea	8	53%

#### SIGNOS

	No. de Casos	Porcentaje
Hipotensión Arterial	9	60%
Taquicardia	12	80%
Fiebre	8	53%
Dolor Abdominal	15	100%
Defensa Muscular	12	80%
Ruidos Intestinales disminuidos	8	53%
Distensión Abdominal	10	66%

LABORATORIOS Y RAYOS X

HEMATOLOGIA

	No. de Casos	Porcentaje
Leucocitosis	203	87%
Leucopenia	6	3%
Neutrofilia	190	81%
Eritrosedimentación Aumentada	210	90%
Hemocultivo positivo	2	0.8%
Widal Positivo	8	4%

PATOLOGIA MICROSCOPICA

	No. de Casos	Porcentaje
Apéndice: Inflamación Aguda Supurativa	96	41%
Apéndice: Inflamación Aguda Gangrenosa	66	28%
Tejido Intestinal Necrótico con Inflamación mononuclear	16	7%
Tejido Intestinal con Infarto Hemorrágico	1	0.4%
Tejido Intestinal con Inflamación Crónica	4	3%

PLACA SIMPLE DE ABDOMEN

	No. de Casos	Porcentaje
Borramiento de Psoas y Grasa Peritoneal Derecho	90	39%
Neumoperitoneo, con diafragma elevado	56	24%
Dilatación de Asas de Intestino Delgado	15	6%
Presencia de Fecalito	70	30%

OPERACIONES EFECTUADAS EN ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN NIÑOS

(PATOLOGIA NO CONGENITA)

	No. de Casos	Porcentaje
Laparotomía Exploradora	118	50%
Apendicectomía	179	77%
Resección Intestinal	25	11%
Cierre Primario Intestinal	21	9%
Desinvaginación Intestinal	7	3%
Sutura Hepática	4	2%
Esplenectomía	4	2%
Salpingooforectomía	1	0.4 %

ANTIBIOTICOS ADMINISTRADOS EN ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN NIÑOS

(PATOLOGIA NO CONGENITA)

	No. de Casos	Porcentaje
Penicilina	13	6%
Ampicilina	20	9%
Penicilina-Cloranfenicol	90	39%
Penicilina-Gentamicina	16	7%
Clindamicina-Gentamicina	60	26%

AUTOMEDICACIONES CASERAS PREVIA A LA CONSULTA HOSPITALARIA

	No. de Casos	Porcentaje
Alka Seltzer	129	56%
Sal Andrews	64	27%
Purgantes	60	25%
Enemas	40	17%
Otros	50	22%

ERRORES DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIOS CON POST-O

Pre-Operatorios	Pos-Operatorios	No. de Casos
Apendicitis Aguda	Apendice Normal	8
Apendicitis Aguda	Colecistitis	1
Apendicitis Aguda	Infección Urinaria	6
Apendicitis Aguda	Divertículo de Meckel	10
Apendicitis Aguda	Adenitis Mesentérica	8
Apendicitis Aguda	Estallamiento Intestinal	2
Apendicitis Aguda	Salpingitis Derecha	3
Apendicitis Aguda	Quiste Retorcido de Ovario derecho.	1
Apendicitis Aguda	Obstrucción Intestinal - por Ascaris.	1
Fiebre Tifoidea con Perforación Intesti.	Obstrucción Intestinal - por Ascaris.	1
Obstrucción Intestinal por Bidas	Trombosis Mesentérica	1
Obstrucción Intestinal por Bidas	Divertículo de Meckel	1
Fiebre Tifoidea con perforación Intestinal	Apendicitis Aguda	1
Ruptura de Víscera hueca	Obstrucción Intestinal - por Bidas.	1

## COMPLICACIONES PRE-OPERATORIAS

	No. de Casos	Porcentaje
Peritonitis	71	31%
Deshidratación	56	24%
Hipotensión Arterial	8	3%
Amigdalitis	5	2%

## COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

	No. de Casos	Porcentaje
Infección de herida operatoria	22	9%
Absceso en cavidad abdominal	6	3%
Neumonía	12	5%
Infección Urinaria	4	2%
Varicela	10	4%
Fístula Entero-cutánea	4	2%
Brida post- operatoria	3	1%
Síndrome de intestino corto	1	0.4%
Síndrome de mala absorción	1	0.4%

## CULTIVOS DE SECRECIONES ABDOMINALES

	No. de Casos	Porcentaje
Enterobacter	30	13%
E. Coli.	42	18%
Stafilococo Coagulasa Positiva	24	10%
Neumococos	12	5%
Pseudomona Aeruginosa	14	6%
Streptococos Hemolítico	10	4%
Negativos	32	14%
Proteus Mirabilis	22	9%

## CONCLUSIONES

- 1- El Abdomen Agudo Quirúrgico en Niños (Patología no Congénita) en el Hospital General San Juan de Dios, se presentó en 232 casos, comprendido en el período del 1 de Enero de 1974 al 31 de Diciembre de 1978, siendo de más frecuencia los cuadros de Apendicitis Aguda, siguiendo el orden, la Obstrucción Intestinal Mecánica, la Perforación Intestinal por Infección Tífica, Traumatismo Contuso y Penetrantes, Trombosis Mesentérica y Torción de Quiste Ovárico.
- 2- El sexo de mayor incidencia es el Masculino.
- 3- La edad más frecuente que presentaron los casos, fue de 5 a 12 años.
- 4- El Signo más común encontrado es el Dolor Abdominal a la palpación, siguiendo el orden, Fiebre, Ruidos Intestinales Disminuídos a la Auscultación y defensa muscular.
- 5- El Síntoma más común encontrado es el Dolor Abdominal, siguiendo el orden, los vómitos, la fiebre y la anorexia.
- 6- En la Obstrucción Intestinal Mecánica la causa más frecuente fue por Bidas, Invaginación Intestinal, por Ascaris Lumbricoides y Vólvulus.
- 7- En el traumatismo Abdominal Contuso y Penetrantes la lesión más frecuente fue la Intestinal, luego la Esplénica y la Hepática.

- 8- Los Exámenes de Hematología son de importancia en el Abdomen Agudo Quirúrgico en Niños (Patología no Congénita) presentando la mayoría de casos Leucocitosis, Neutrofilia y Eritrosidermentación Elevada.
- 9- La Apéndice Ileocecal con Inflamación Aguda Supurativa es el cuadro más encontrado en los estudios microscópicos.
- 10- En las placas Simples de Abdomen fue frecuente visualizar Borramiento de Psoas y Grasa Peritoneal derecha, correspondiendo a casos de Apendicitis Aguda.
- 11- La Operación que más se efectuó en Abdomen Agudo Quirúrgico en Niños, fue Apendicectomía y la Laparotomía Exploradora en un 50% de todos los casos estudiados.
- 12- Los Antibióticos más usados fue la combinación de Penicilina con Cloranfenicol.
- 13- La Automedicación casera administrada con mayor frecuencia es la Alka Seltzer, siguiendo en orden, Sal Andrews, Purgantes y Enemas.
- 14- Los Errores Diagnósticos Pre-Operatorio en relación al Post-Operatorio, fue de bajo porcentaje, incidiendo más en los casos de Apendicitis Aguda con Divertículo de Meckel, Adenitis Mesentérica y Apéndice Normal.

- 15- La complicación más frecuente encontrada en el Pre-Operatorio fue Peritonitis y en el Post-Operatorio fue Infección de la Herida Operatoria.
- 16- El Microorganismo más frecuente encontrado en las Secresiones Abdominales fueron: E. Coli, Enterobacter y Stafilococos Coagulosa Positiva.

## RECOMENDACIONES

- 1- La Universidad de San Carlos de Guatemala a través de sus Facultades Académicas debe mantener constantemente estudios investigativos para el aporte científico tanto Nacional como Internacional.
- 2- La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala debe continuar con la preparación de un buen profesional de la medicina.
- 3- El Hospital General San Juan de Dios y otros Hospitales del país, deben de dar orientaciones a los padres de familia, cuando se presenten sin tomatología de Abdomen Agudo en Niños.
- 4- Efectuar mejores historias clínicas, examen físico y realizar laboratorios que guíen en conjunto un buen diagnóstico de Abdomen Agudo Quirúrgico para beneficio del paciente.
- 5- Evitar la administración de medicamentos caseiros al paciente porque complican más el cuadro.
- 6- Efectuar la Operación Quirúrgica más adecuada para el caso que se presente.
- 7- Tratar de evitar todo tipo de complicaciones Pre y Post-Operatoria.
- 8- Reducir el índice de morbi-mortalidad de Abdomen Agudo Quirúrgico en Niños realizando, con troles de Salud.
- 9- Hacer uso de la infusión de Dextrán 40 de Bajo Peso Molecular, para evitar la resección de muchos metros de Intestino Isquémico.
- 10- En los traumatismos Esplénicos, tratar de preservar parte o todo el Bazo haciendo uso de diferentes técnicas quirúrgicas y así evitar complicaciones post-esplenectomía.
- 11- Hacer más uso de cultivos de secreciones abdominales para Anaerobios.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Andrassy, R. Acute Appendicitis, Efficacy of Prophylactic Preoperative Antibiotics in the reduction of septic Morbidity. *Journal of Pediatric Surgery*. Vol. XIII, No. 6 Pág. 549 Oct. 1978.
- 2.- Barrios Quan. Perforación de Intestino Delgado por Trauma Abdominal Cerrado. Tesis de Graduación de Médico y Cirujano. 1977.
- 3.- Brown, H. Nematelmintos. *Parasitología Clínica*. Edición 3a. pág. 141. 1970.
- 4.- Botero, D. *Ascaris Lumbricoides*. Diagnóstico y Tratamiento de las HelminCIAS Intestinales - frecuentes en América Latina. 1977.
- 5.- Castrejón, J., Et. Al.: Principales Urgencias Quirúrgicas Abdominales en el Recién Nacido. *Bol. Med. Hospital Infantil, México*. Vol XXXV Pág. 897. 1978.
- 6.- Cruz, J. Análisis de 326 casos de Abdomen Agudo. Tesis de Graduación de Médico y Cirujano. 1953.
- 7.- Comité de Traumatología del American College of Surgeons. Abdomen Diagnóstico. Asistencia inmediata del lesionado pág. 135. 1975.
- 8.- Echeverría, R. Apendicitis Aguda en el Niño. Tesis de Graduación de Médico y Cirujano. 1974.
- 9.- Ein, S. Et. Al. Monoperative Management of Traumatized Spleen in Children: How and Why - *Journal of Pediatric Jurgery*. Vol. XIII, No. 2, pág 117-119. 1978
- 10.- Ferguson, C. Conservative Jurgery for Splenic Inuries. *Journal of Pediatric Surgery*. Vol. XIII, No. 6 pág. 549. 1978.
- 11.- Garzabal, J. Traumatismo de Abdomen. *Nuevo Tratado de Patología Quirúrgica*. pág. 15-65. - 1955.
- 12.- Gilbert, M. Reduction of Intussusception by Enema. *Journal of Pediatric Surgery*. Vol. V No. 4 pág. 490. 1970
- 13.- González, P. Vólvulus Intestinal. Un análisis Retrospectivo de 22 casos presentados en el Hospital General San Juan de Dios. Tesis de Graduación de Médico y Cirujano. 1978.
- 14.- Gilbert, M. Childhood Intussusception. An Analysis of Clinical Expressions of results of treatment in fifty cases in Jouthern Iran. *Journal of Pediatric Surgery*. Vol. V No. 5 pág. 578. 1970
- 15.- Goldthorn, J. Et. Al: Protective Effect of Residual Splenic Tissue after Subtotal Splenectomy. *Journal of Pediatric Surgery*. Vol. XIII No. 6 pág. 587-589. 1978.

- 16.- Holcomb, G. Rupture of the Gastrointestinal Tract in Children by Blunt Trauma. *Journal of Pediatric Surgery*. Vol. V, No. 4 pág. 488 1970.
- 17.- Holgersen, L., Et Al: Acute Appendicitis in a chil with complete Situs Inversus. *Journal of Pediatric Surgery*. Vol. V, No. 3 pág. 379. - 1970.
- 18.- Howman, R., Et Al: Splenic Trauma-Nonoperative Management and Long Term Follow up by Scistisca. *Journal of Pediatric Surgery*. Vol. XIII No. 2 pág. 121. 1978.
- 19.- Hendren, H. Et. Al: Traumatismo en Niños Clínica Pediátrica de Norte América, pág. 308-349. 1975.
- 20.- Ippolito, R. Et. Al: Colocolic Intussusception in Older Chil. *Clinical Pediatrics*. pág. 720-721. 1978.
- 21.- Jones, P. Obstrucción Intestinal. *Cirugía Abdominal de Urgencia*. pág. 265-272. 1978.
- 22.- Jerez, T. Incidencia de Trauma Hepático en el Hospital Roosevelt. Tesis de Graduación de Médico y Cirujano. 1978.
- 23.- Krasma, I., et. Al: Low Molecular Weight Dextran and Reexploration in the Management of Ischemic Midgut- Volvulus. *Journal of Pediatric Surgery*. Vol. XIII, No. 6 pág. 481-483. - 1978.

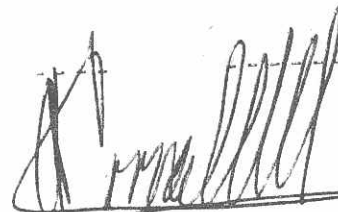
- 24.- Leiva, M. Abdomen Agudo en el Niño (Patología no Congénita). Tesis de Graduación de Médico y Cirujano. 1964.
- 25.- Meneghello, T. Abdomen Agudo no Quirúrgico.- *Anales Nestlé* 105 pág. 3. 1967.
- 26.- Mascaró, J. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. pág. 3 1967.
- 27.- Mendoza, O., Et. Al: Obstrucción intestinal por Brida. Mecanografiado 1977.
- 28.- Morán, J. Revisión de 180 casos de Apendicitis Aguda. *Revista del Colegio de Médicos de Guatemala*. 1971.
- 29.- Montagnani, C. Volvulus of the Sigmoid Colon in Childhood. *Journal of Pediatric Surgery* Vol XIII No. 4 pág. 453. 1978.
- 30.- Novak, E., Et Al: Tumores Benignos del Ovario. *Tratado de Ginecología*. Edición 9a. pág. 452-453. 1977
- 31.- Nelson, W., Et. Al: Obstrucción Intestinal Adquirida. *Tratado de Pediatría*. Edición 6a. pág. 809-811. 1971.
- 32.- Ochoa, E. Invaginación Intestinal. Estudio Retrospectivo de 16 casos, Departamento de Cirugía del Hospital General San Juan de Dios. Tesis de Graduación de Médico y Cirujano. 1978.

- 33.- Pastrana, L., Et. Al: Apendicitis perforada en Niños. Tribuna Médica. No. 2 pág. 31-36 1979.
- 34.- Pfizer, redacción. Ascaris Lumbricoides. Parasitos en el hombre pág. 4-5, 1977.
- 35.- Purí, P., Et. Al: Appendicitis in Infancy. Journal of Pediatric Surgery. Vol. XIII, No. 2 pág. 173-174. 1978.
- 36.- Pavlovsky, A. Trombosis Mesénterica Superior. Abdomen Agudo Quirúrgico. pág. 611-613. 1936.
- 37.- Quiñónez, F. Abdomen Agudo, revisión de 507 casos en el Hospital General San Juan de Dios. Tesis de Graduación de Médico y Cirujano. 1978.
- 38.- Robbins, S. Aparato Gastrointestinal. Patología Estructural y Funcional. Edición 1a. pág. 388-902. 1975.
- 39.- Surós, J. Aparato Digestivo, Semiología Médica y Técnica Exploratoria. Edición pág. 530. 1972.
- 40.- Silver, H. Et. Añ: Intususcepción. Manual de Pediatría. Edición 8a. pág. 339. 1977.
- 41.- Spitz, L. The Neutrophil Count in Childhood - Acute Appendicitis. Journal of Pediatric Surgery. Vol. XII No. 1 pág. 104. 1978.

- 42.- Sieber, W. Appendicitis in the Newborn Infant. Journal of Pediatric Surgery, Vol. V. No. 5. - pág. 578. 1970.
- 43.- Santo, M., Et. Al: Apendicitis Complicada. - Bol. Med. Hosp. Inf. México. Vol XXXII pág. 641-652. 1975.
- 44.- Sabiston, D. Abdomen Agudo. Tratado de Patología Quirúrgica de Davis Christopher. Edición 7a. pág. 747-877. 1974.
- 45.- Santos, M., Et. Al: Principales Entidades Quirúrgicas en el lactante y generalidades sobre su manejo. Bol. Med. Hosp. Inf. México. Vol. XXXV Pág. 831-849. 1978.
- 46.- Tribuna Médica, redacción. Disecando en tórax o ruptura en Abdomen. Tribuna Médica. No. 1 pág. 7. 1974.
- 47.- Tribuna Médica, redacción. Ruptura del Bazo.- Tribuna Médica. No. 1 pág. 12-16. 1973.
- 48.- Tribuna Médica, redacción. Traumatismo cerrado del Abdomen. Tribuna Médica. No. 1 pág. 28-29. 1979.
- 49.- Tribuna Médica, redacción. Apendicitis Aguda en Lactantes. Tribuna Médica. No. 2 Pág. 41-42. 1979.
- 50.- Villatoro, C. Apendicitis Aguda. Tesis de Graduación de Médico y Cirujano. 1977.

51.- Vargas, M. Et. Al: Mejor Pronóstico para el Paciente con perforación de Víscera hueca por Salmonelosis. Bol. Med. Hosp. Inf. México. - Vol. XXX pág. (0) 1025. 1973.

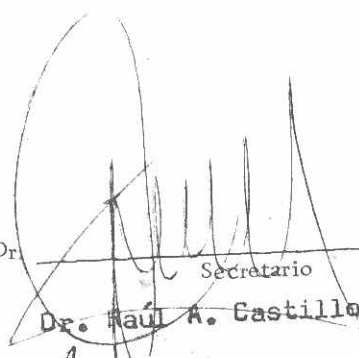
52.- White, J. Urgencias Quirúrgicas en la 1a. y 2a. Infancia. Clínicas Quirúrgicas de Norte América. pág. 877. 1970.


  
Br. \_\_\_\_\_  
José Antonio Corrales Morales.

  
\_\_\_\_\_  
Asesor.  
Dr. Carlos Castillo Madrazo.

  
Dr. \_\_\_\_\_  
Revisor.  
Dr. Susarte Eliazar Hernández

  
\_\_\_\_\_  
Director de Fase III  
Dr. Héctor Alfredo Nuila.

  
Dr. \_\_\_\_\_  
Secretario  
Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo. Bo.   
\_\_\_\_\_  
Dr. \_\_\_\_\_  
Decano.  
Dr. Rolando Castillo Montalvo.